

# Avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde (MoniQuOr)

LUÍS AUGUSTO PISCO  
JOSÉ LUÍS BISCAIA

A qualidade dos cuidados de saúde depende basicamente de dois factores: de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados e são prestados os serviços.

Palmer e Donabedian referem que o contexto e o modelo organizativo têm maior importância no desempenho organizacional do que as actividades e características dos indivíduos dentro da organização.

Edward Deming, na sua regra dos  $\frac{85}{15}$ , afirma que 85% dos erros em qualquer desempenho são erros de processo ou de causa comum e que somente cerca de 15% serão atribuídos a causas específicas, incluindo erro do trabalhador. Deming chama, assim, a atenção para o facto de os profissionais serem muitas vezes vítimas dos procedimentos incorrectos, e não a sua causa.



Luís Augusto Pisco é coordenador nacional do MoniQuOr.  
José Luís Biscaia é subdirector-geral para a Qualidade.

As melhorias organizacionais, uma vez conseguidas, podem ser permanentes, enquanto as melhorias individuais dos profissionais tendem a diminuir com o tempo e com a mudança de pessoal.

A gestão intuitiva das organizações é, pois, hoje em dia uma prática obsoleta e, como referem G. Brown e A. Kaluzny, a avaliação do desempenho organizacional requer conhecimentos da anatomia e fisiologia das organizações.

Partindo destes pressupostos, o Programa de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr) centra-se sobretudo na organização dos serviços e preocupa-se com a revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes.

O MoniQuOr enquadra-se, pois, numa estratégia global de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, do aumento da satisfação dos profissionais de saúde e da melhoria da organização e gestão dos centros de saúde.

O MoniQuOr deve funcionar como um processo estruturado de identifi-

cação e solução de problemas, deve procurar identificar, analisar, seleccionar e solucionar problemas na área da qualidade organizacional. Tem por princípios a melhoria contínua, a correcção de erros do sistema, a redução da variabilidade indesejável e a responsabilização colectiva.

O MoniQuOr fornece uma base para a avaliação e monitorização do nível de desempenho por áreas, verificação de variações nesse mesmo desempenho e identificação das áreas prioritárias para melhoria do desempenho.

A sua utilização pelos centros de saúde contribui para a melhoria de um conjunto de aspectos do seu funcionamento, nomeadamente a organização de serviços centrados nos utilizadores, o planeamento estratégico e as revisões sistemáticas e multidisciplinares da qualidade, os programas de melhoria contínua, assim como a melhoria da comunicação interna, e facilita a elaboração de planos de acção e o reconhecimento externo do nível de qualidade atingido pelos centros de saúde.



Os principais objectivos do MoniQuOr são:

- Elaborar critérios de qualidade organizacional;
- Criar um sistema de avaliação inter pares;
- Avaliar o impacto na qualidade;
- Reduzir a variabilidade da qualidade dos serviços de saúde.

Mas, como diz Roberto Passos Nogueira, não há possibilidade de mudar a qualidade final dos serviços sem a cooperação dos profissionais e sem mudanças de comportamento.

Um grupo de trabalho elaborou e desenvolveu os critérios de qualidade organizacional que constituem o MoniQuOr de Março de 1996 a Maio de 1997 no âmbito da Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, da Direcção-Geral da Saúde, dirigida pelo Prof. Emilio Imperatori. Esse grupo era constituído por colaboradores dessa Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, Prof. Emilio Imperatori, Dr. Adriano Natário e Dr. Luís Pisco, que coordenava o projecto, e por representantes da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (Dr.<sup>a</sup> Ana Isabel Cortês), do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos (Dr.<sup>a</sup> Antonieta Baião), da ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Dr.<sup>a</sup> Luísa Carvalho) e da ARS do Norte (Dr. Carlos Jorge Pinto).

Um segundo grupo de trabalho continuou o desenvolvimento do projecto a partir de Setembro de 1997, já no âmbito da Subdirecção-

-Geral para a Qualidade, da Direcção-Geral da Saúde, constituído pelos Drs. João Rodrigues, Lino Ministro e Luís Pisco, que continuava como coordenador nacional, e ainda pelo subdirector-geral para a Qualidade, Dr. José Luís Biscaia. O MoniQuOr é constituído por 6 grandes áreas de avaliação, 23 subáreas e 163 critérios de qualidade:

1. Organização e gestão:  
Planeamento de actividades;  
Trabalho de equipa;  
Gestão de recursos;
2. Direitos dos cidadãos:  
Assegurar os direitos dos cidadãos nos serviços de saúde;  
Atendimento dos utentes com dignidade e privacidade;
3. Promoção da saúde:  
Política favorável à saúde;  
Desenvolvimento de programas locais;
4. Prestação de cuidados de saúde:  
Acessibilidade;  
Cuidados domiciliários;  
Continuidade e integração de cuidados;  
Comunicação com profissionais e utentes;  
Linhas de orientação e protocolos;  
Política de prescrição;  
Registos clínicos;
5. Educação contínua e desenvolvimento da qualidade:  
Avaliação e monitorização da qualidade;  
Avaliação da satisfação dos utentes;  
Avaliação da satisfação dos profissionais;  
Educação contínua;  
Incentivos à investigação;
6. Instalações e equipamentos:  
Identificação das instalações e dos profissionais;  
Instalações;  
Equipamento;  
Higiene e segurança.

Para que possa ter-se uma ideia mais concreta do tipo e da formula-

ção dos critérios, a título de exemplo, apresentam-se os cinco critérios relativos à avaliação da satisfação dos profissionais que fazem parte da área da educação contínua e desenvolvimento da qualidade:

1. Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos profissionais;
2. Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas;
3. Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais;
4. Nos últimos doze meses foram introduzidas algumas alterações no Centro de Saúde motivadas por falta de satisfação dos profissionais.

Em relação a aspectos metodológicos, importa realçar que a auto-avaliação deve ser efectuada por um grupo de avaliação, constituído, no mínimo, por três pessoas, que deve incluir diferentes grupos profissionais.

Só pode integrar este grupo, no máximo, um elemento da direcção e os elementos do grupo devem ser aceites e reconhecidos pela generalidade dos profissionais que trabalham no centro de saúde.

A avaliação deve ser feita individualmente por cada elemento do grupo, sendo posteriormente o resultado final obtido por consenso. Cada critério deve ser valorizado, utilizando a seguinte grelha de avaliação:

- |      |   |
|------|---|
| 0,00 | Não realizado. Não concretizado ( <i>nada de concreto, algumas boas ideias ou intenções, mas sem concretização</i> ); |
| 0,33 | Parcialmente realizado. Em progresso ( <i>esboço de alguma concretização; pequenos nichos de realização</i> );        |
| 0,67 | Quase realizado. Em progresso considerável ( <i>sinais</i> );   |

*indiscutíveis de realização; não concretizado na totalidade);*

1,00 Totalmente realizado, concretizado (*é difícil fazer melhor; pode servir de modelo*).

Para consolidar e facilitar o trabalho que vinha a ser desenvolvido foi decidido constituir uma estrutura de suporte e apoio de que fazem parte um grupo coordenador nacional, um núcleo executivo e um grupo coordenador distrital.

O grupo coordenador nacional é constituído pelas comissões de avaliação dos centros de saúde que obtiveram na última auto-avaliação o melhor perfil a nível da sub-região. Por questões que se prendem com a operacionalidade do grupo, e para efeito de reuniões a nível nacional, este grupo foi restrito a 21 pessoas, três colaboradores da Subdirecção-Geral a trabalhar neste projecto e um representante de cada comissão de avaliação, que foi designado de entre os seus membros, obtendo, assim, um grupo coordenador multiprofissional.

O núcleo executivo foi eleito dentro deste grupo e dele fazem parte os Centros de Saúde de Albufeira, Espinho, Darque, Entroncamento e Soure.

Os grupos coordenadores distritais são constituídos pelas comissões de avaliação dos dois centros de saúde que obtiveram na última auto-avaliação o melhor perfil e por um elemento designado pela sub-região, que funciona como elemento facilitador e de articulação. Estes grupos têm como função dinamizar uma ou mais reuniões nas suas sub-regiões para promover a análise e discussão dos resultados, a participação nas avaliações cruzadas e discutir e esclarecer a metodologia a ser utilizada em próximas avaliações.

A adesão voluntária à auto-avaliação superou todas as expectativas, atingindo os 82% a nível nacional (290 centros de saúde), sendo

mesmo de 100% em quatro sub-regiões de saúde (Castelo Branco, Guarda, Viana do Castelo e Viseu), envolvendo nesse processo para cima de um milhar de profissionais de saúde de diferentes grupos profissionais.

O perfil médio nacional nas seis grandes áreas foi, numa escala de 0 a 100, de 48 na organização e gestão, 71 nos direitos dos cidadãos, 52 na promoção da saúde, 53 na prestação de cuidados de saúde, 27 na educação contínua e desenvolvimento da qualidade e 60 nas instalações e equipamentos.

Registou-se uma variabilidade muito acentuada nos perfis dos centros de saúde, podendo isso verificar-se comparando os dois centros de saúde com o pior e com o melhor perfil, sendo 8-87 na organização e gestão, 30-92 nos direitos dos cidadãos, 11-97 na promoção da saúde, 33-94 na prestação de cuidados de saúde, 6-74 na educação contínua e desenvolvimento da qualidade e, por fim, 29-84 nas instalações e equipamentos.

Foi enviada informação de retorno individualizada a cada centro de saúde de molde a poderem comparar os seus resultados com a média nacional da sua região e sub-região. Foi enviada também para todas as regiões e sub-regiões de saúde a informação relativa à sua área, comparada com os dados nacionais. Foi mantida confidencialidade relativa aos dados individuais de cada centro de saúde, tendo, contudo, sido aberta uma excepção. Foram divulgados os resultados após prévia autorização dos directores dos centros de saúde que cumpriram mais de 80% dos critérios, abrindo, assim, possibilidade de processos de *benchmarking*. A totalidade dos critérios, assim como os resultados e a metodologia utilizada, foram publicados em livro e amplamente divulgados pela Direcção-Geral da Saúde.

Foram ainda identificados e seleccionados 12 critérios a nível nacio-

nal em que o grau de cumprimento (0,67 ou 1, ou seja, quase ou totalmente realizado) era inferior a 20% e, por isso, eram áreas prioritárias para processos de melhoria contínua. Essas áreas identificadas foram: as actividades programadas de garantia da qualidade; a avaliação e monitorização da satisfação dos utentes\*; a avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais\*; a formação contínua integrada nas rotinas de trabalho; a existência de incentivos à actividade de investigação; a publicação de artigos científicos no último ano; a existência de protocolo de acompanhamento de doentes terminais; a monitorização do tempo de espera no local da consulta; a análise do perfil de prescrição de fármacos do centro de saúde; a avaliação e monitorização da qualidade dos registos; os gabinetes médicos com terminal de computador\*; a existência de plano de emergência em caso de catástrofe.

Nas áreas assinaladas com \* foram já disponibilizados (publicação da DGS) instrumentos de avaliação que poderão ser utilizados pelos centros de saúde e encontra-se já em fase de experiência a informatização com o SINUS II.

Foi realizada em Novembro de 1998 uma conferência nacional para apresentação e debate dos resultados e das metodologias utilizadas a nível nacional, assim como a apresentação por parte de vários centros de saúde das suas experiências. Foi uma conferência muito viva e participada por mais de seis centenas de profissionais dos cuidados de saúde primários.

Este projecto continua e foram efectuadas novas auto-avaliações da qualidade em 1999, tendo, contudo, os centros de saúde que o desejaram aderido em 1999 às avaliações cruzadas, que são avaliações inter pares, mas externas, em que a comissão de avaliação de um centro de saúde avalia outro centro de saúde, não havendo, todavia, avalia-

ções mútuas nem avaliações entre centros de saúde do mesmo distrito. Foi distribuído um manual de procedimentos, com a descrição da metodologia a utilizar, as regras a seguir e condutas a evitar, a preparação das entrevistas à comissão de avaliação e direcção do centro de saúde a visitar, informando dos passos a dar no centro de saúde e de como verificar os critérios, através de observação directa (fichas pré-formatadas), por questionário aos profissionais e por questionário aos utentes.

Trata-se, pois, de um processo voluntário de aprendizagem e de troca de experiências de que todos os profissionais e instituições de saúde poderão beneficiar.

É de assinalar que participaram nestas avaliações cruzadas 130 centros de saúde, ou seja, 36% do universo dos centros de saúde e 45% dos que tinham feito a sua auto-avaliação em 1998, números que ultrapassam as expectativas mais optimistas.

O principal objectivo das avaliações cruzadas consiste na aprendizagem uns com os outros e, com

isso, obter melhorias organizacionais que irão reflectir-se na melhoria da satisfação dos profissionais e na prestação de cuidados de saúde de maior qualidade aos cidadãos.

Se outros resultados não houvesse, só o facto de se terem desencadeado em tantos centros de saúde discussões multiprofissionais sobre o desempenho organizacional e se ter, muitas vezes pela primeira vez, olhado para o interior dos centros de saúde, tomando consciência dos seus pontos fortes e dos seus pontos fracos, já teria valido a pena.